



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Wenn "Lifestyle" und Sozialverhalten ausser Kontrolle geraten. Therapieverlauf einer Jugendlichen

Mailänder Zelger, Veronika

Abstract: This case report describes the therapeutic process of a young person with a variety of symptoms, including increased irritability, impulse control disorder, mood swings, restrictive eating, and antisocial behaviour. Since childhood she has presented abnormalities in the form of impulsivity, rulebreaking, attention deficit and hyperactivity. During voluntary hospitalisation a hyperkinetic conduct disorder and an atypical eating disorder were diagnosed. Individual psychotherapy with multimodal treatment, including cognitivebehavioural and psychodynamic approaches and psychopharmacological therapy, was initiated and continued throughout outpatient therapy. Systemic, familycentred interventions, including regular family and parent sessions, played an important role in the therapy. Following a stabilisation period the youth developed depressive symptoms accompanied by suicidal behaviour and selfinflicted injuries, which improved again at a later stage. After initial difficulties, a stable, trusting and transparent therapeutic relationship was established, focusing on a variety of topics. Interdisciplinary collaboration with parents, teachers, and all the professionals involved allowed resources to be strengthened and important success experiences to be achieved.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-56715>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Mailänder Zelger, Veronika (2012). Wenn "Lifestyle" und Sozialverhalten ausser Kontrolle geraten. Therapieverlauf einer Jugendlichen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 163(1):29-31.

Wenn «Lifestyle» und Sozialverhalten ausser Kontrolle geraten¹

Therapieverlauf einer Jugendlichen

Veronika Mailänder Zelger

Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Zurich, Switzerland

Funding/potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Lifestyle and social behaviour out of control – psychotherapy of a youth

This case report describes the therapeutic process of a young person with a variety of symptoms, including increased irritability, impulse control disorder, mood swings, restrictive eating, and antisocial behaviour. Since childhood she has presented abnormalities in the form of impulsivity, rule-breaking, attention deficit and hyperactivity. During voluntary hospitalisation a hyperkinetic conduct disorder and an atypical eating disorder were diagnosed. Individual psychotherapy with multimodal treatment, including cognitive-behavioural and psychodynamic approaches and psychopharmacological therapy, was initiated and continued throughout outpatient therapy. Systemic, family-centred interventions, including regular family and parent sessions, played an important role in the therapy. Following a stabilisation period the youth developed depressive symptoms accompanied by suicidal behaviour and self-inflicted injuries, which improved again at a later stage.

After initial difficulties, a stable, trusting and transparent therapeutic relationship was established, focusing on a variety of topics. Interdisciplinary collaboration with parents, teachers, and all the professionals involved allowed resources to be strengthened and important success experiences to be achieved.

Key words: impulse control disorder; hyperkinetic conduct disorder; multimodal treatment; interdisciplinary collaboration

Einleitung

«Ich bin nicht bereit, meinen «Lifestyle» zu ändern!» Mit dieser Aussage hat sich die damals 14-jährige Carmen (Name und Angaben zur Familie wurden anonymisiert) bei Eintritt in eine Klinik für Jugendpsychiatrie im Herbst 2008 vorgestellt. Zuweisungsgründe durch die ambulant behandelnde Therapeutin waren erhöhte Reizbarkeit, Impulskontrollstörungen, Stimmungsschwankungen, restriktives Ess- und dissoziales Verhalten. Das Ziel des freiwilligen stationären sechswöchigen Aufenthaltes bestand in einer umfassenden diagnostischen Abklärung und Therapie.

Korrespondenz:

Dr. med. Veronika Mailänder Zelger
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich
Universität Zürich
Regionalstelle Zürich Nord
Thurgauerstrasse 39
CH-8050 Zürich
veronika.mailaenderzelger[at]kjpdzh.ch
veronikamailaender[at]gmx.net

Carmen beschrieb, ein «perfekter Mensch» mit einem hohen Lebensstandard sein zu wollen. Dafür hatte sie den Eltern grössere Geldbeträge gestohlen, trug teure Markenartikel, welche sie der Mutter und der Schwester ungefragt aus dem Kleiderschrank entwendete. Sie prahlte, im Ausgang «literweise Cocktails» zu trinken sowie Cannabis und Ritalin® missbräuchlich versucht zu haben. Ausserdem empfand sie sich als «zu fett» und bedrängte die Eltern, ihr eine Fettabsaugung zu bezahlen.

Familienanamnese

Der Vater arbeitet als selbständiger Unternehmer. Er hat in der Vergangenheit gesundheitliche und finanzielle Rückschläge bei eigenem dissozialem Verhalten erlebt, diese aber gemeistert.

Die Mutter arbeitet in Teilzeit. Sie wurde in ihrer Jugend Opfer von sexuellen Übergriffen, leidet unter rezidivierenden Depressionen und hat in den vergangenen Jahren wiederholt den Suizid angedroht. Ihre eigene Mutter hatte sich suizidiert, als sie in der Pubertät war.

Nach vielen Konflikten haben sich die Eltern 2007 getrennt, leben in neuen Partnerschaften und teilen sich das gemeinsame Sorgerecht. Die Kinder sind bei der Mutter geblieben und haben den Vater wöchentlich besucht.

Die vier Jahre ältere Schwester studiert Sprachen und wird von den Eltern als freundlich und fleissig beschrieben. Das Verhältnis der beiden Schwestern ist konfliktreich. Die Trennung der Eltern erleben aber beide Schwestern als Erleichterung.

Persönliche Anamnese

Nach einem drohenden Abort wurde Carmen am Termin bei Sauerstoffmangel mittels Vakuumextraktion geboren (Geburtsgewicht 3140 g, Geburtslänge 51 cm). Die Entwicklungsmeilensteine wurden altersgemäss erreicht. Laut Eltern sei sie bereits im Kindergarten «auffällig» bzw. «nervös» gewesen, habe Mühe mit der Konzentration gehabt und konnte nie stillsitzen. Über die Jahre wird Carmen als aufbrausend und grenzüberschreitend beschrieben. Gemäss Eltern wolle sie seit dem Kleinkindalter stets im Mittelpunkt stehen und habe grosse Mühe, sich sozial zu integrieren.

1 Frau Mailänder Zelger erhielt den 1. Preis der «Besten schriftlichen Arbeit» der Facharztprüfungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2010.

Diagnostik und Komorbiditäten

Die Diagnostik erfolgte multiaxial (s. Kasten 1) und beinhaltete in der Abklärung auch somatische sowie laborchemische Untersuchungen, ein EKG und ein EEG.

Bei einem durchschnittlichen Gesamt-Intelligenzquotienten von 107 (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder-IV) zeigten sich in der neuropsychologischen Abklärung, in der Anamnese, in der Verhaltensbeobachtung sowie in den Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen durch Eltern und Lehrer klinisch auffällige Befunde, welche die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) und einer atypischen Anorexia nervosa (F50.1) rechtfertigten [1].

Die atypische Anorexia nervosa (BMI von 22,3 auf 19,2 in drei Monaten, Körperschemastörung, selbstinduziertes Erbrechen) ging fließend in eine atypische Bulimia nervosa über (ICD-10 F50.3) [1] mit sporadischen heimlichen Essanfällen, Missbrauch von Laxantien und zeitweiligen Hungerperioden. In der Literatur wird für das sogenannte *Eating Disorder Not Otherwise Specified* (EDNOS) nach DSM-IV eine hohe Prävalenz (über 50% der Essstörungen) und eine schwerwiegende und persistierende Symptomatik beschrieben [2].

Differentialdiagnostisch haben wir bei Carmen auch an eine bipolare affektive Störung gedacht. Die Literatur über kinder- und jugendspezifische Manifestationsformen der bipolaren Störung ist kontrovers [3]. Bei Carmen konnte bis jetzt keine klare manische oder hypomanische Phase von ihrem Basisstimmungszustand abgegrenzt werden.

Carmen zeigt Persönlichkeitsmerkmale, welche an die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Zügen denken lassen. Die Beeinträchtigungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung sind mit einem subjektiven

Leiden und einem Leiden der Umgebung verbunden. In der Literatur wird ein dimensionaler Ansatz mit einem fließenden Übergang von Persönlichkeitsauffälligkeiten oder -stilen zu Persönlichkeitsstörungen vorgeschlagen, welcher Carmens Verhaltensmustern entspricht [4, 5]. Die Diagnosestellung ist gemäss ICD-10 vor dem 16. Lebensjahr unangemessen [1]. Gemäss aktuellem Wissensstand remittieren viele der betroffenen Patienten unter angemessener Behandlung. Demnach sind ein therapeutischer Nihilismus und eine Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen als lebenslanges und wenig veränderbares Schicksal unangemessen [6].

Behandlungskonzept

Die Behandlung erfolgte multimodal, wobei patientenzentrierte Behandlungselemente mit Psychotherapie und Pharmakotherapie, eltern- und familienbezogene Interventionen, Psychoedukation sowie pädagogische Massnahmen mit Interventionen in Schule und Gleichaltrigengruppe eine wichtige Rolle spielten. Pharmakotherapeutisch wurde eine Behandlung mit Atomoxetin begonnen; von Methylphenidat wurde wegen Carmens Tendenz, Drogen und Medikamente zu missbrauchen, Abstand genommen [7]. In der Literatur wird ein verhaltenstherapeutischer Ansatz mit Einbezug der Familie empfohlen. Dabei ist die Qualität der therapeutischen Beziehung von hoher Relevanz. Gemäss Baving sollte die Therapie hinreichend intensiv und hinreichend lange sein, um tatsächliche Verhaltensänderungen zu bewirken [8].

Den Eltern wurde eine Paartherapie bei einem externen Paartherapeuten empfohlen, welche sie leider nach kurzer Zeit wieder abgebrochen haben.

In Carmens Familie besteht eine biologische Vulnerabilität für psychische Erkrankungen sowie für dissoziales Verhalten. Basierend auf einer hyperkinetischen Störung des Kindesalters erlebte Carmen immer wieder negative Beziehungserfahrungen, schulische und soziale Misserfolge und aufgrund der familiären Pathologie Verlustängste. Diese negativen Erfahrungen wurden verstärkt durch einen permissiven Erziehungsstil der Eltern und zu wenig Konstanz im Familiensystem. Dadurch scheint sich bei Carmen ein Gefühl der Haltlosigkeit und des Kontrollverlustes entwickelt zu haben. Carmen reagiert bei Frustrations- und Verlusterlebnissen emotional sehr heftig mit einer Verweigerungshaltung. Dies steht ihrer Forderung nach mehr Autonomie klar im Wege.

Stationäre Therapie

Bei Carmens Eintritt in die Jugendlichenstation verhielt sie sich dysphorisch und dissozial, so dass sich der Beziehungsaufbau schwierig gestaltete. Nachdem sie einen Pflegefachmann als «pädophiles Schwein» bezeichnet und fälschlicherweise behauptet hatte, sie sei nackt gewesen, als dieser in ihr Zimmer kam, konnte sie sich, auch unter dem Druck der Eltern, auf das stationäre Setting einlassen. Innerhalb der Therapie war es ein langsames gegenseitiges Herantasten. Immerhin gelang es relativ schnell, Carmen wieder für den Schulbesuch in ihrer ursprünglichen Schulklasse zu motivieren. Dies, obwohl sie im Vorfeld oft die Schule

Kasten 1 Multiaxiales Klassifikationsschema nach ICD-10 [1].

1. Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (bis Frühjahr 2009)
- F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen (im Frühjahr 2009 diagnostiziert; im Sinne einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens und einer emotionalen Störung [8,10])
- F50.1 Atypische Anorexia nervosa (Herbst 2008–Frühjahr 2009)
- F50.3 Atypische Bulimia nervosa (seit Frühjahr 2009 diagnostiziert)

2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Keine

3. Achse: Intelligenzniveau

Durchschnittliche Intelligenz IQ 85–114 (Ergebnis testpsychologisch ermittelt)

4. Achse: Körperliche Symptomatik

Keine

5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

- 2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils
- 3.0 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- 4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung durch beide Elternteile
- 5.1 Abweichende Elternsituation

6. Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

- 4 Ernsthafte soziale Beeinträchtigung (stationär)
- 3 Mässige soziale Beeinträchtigung (ambulant)

verweigert hatte, indem sie sich den schulischen Anforderungen und den sozialen Auseinandersetzungen mit Mitschülern und Lehrern durch Vorgabe somatischer Beschwerden zu entziehen versucht hatte.

Das Hauptziel der Behandlung bestand in einer Reduktion des impulsiven, unaufmerksamen, aggressiven und dissozialen Verhaltens, einer Stimmungsverbesserung und einer Verstärkung prosozialer Verhaltensweisen mit Erhöhung des Funktionsniveaus.

Ambulante Therapie

Durch meinen Stellenwechsel vom stationären in den ambulanten Bereich konnte ich Carmen weiterbehandeln. In Hinblick auf ihre emotional instabil anmutenden Persönlichkeitszüge habe ich in der Einzeltherapie Elemente aus der dialektisch-behavioralen Therapie und dem Skillstraining nach Linehan eingebaut, welche verschiedene Behandlungsmethoden integrieren und wo es um bewussten Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten, innere Achtsamkeit und Stresstoleranz geht [9]. Als «Skills» werden alle erwünschten Verhaltensweisen beschrieben, die in einer schwierigen Situation kurzfristig wirksam sind und längerfristig nicht schaden.

Carmens Neigung zum Lügen scheint sich seit Jahren verfestigt zu haben, wobei sie zwischen Realität und Lüge manchmal kaum zu unterscheiden vermag. Im Laufe der Einzeltherapie hatte sich auch ein humorvoller Umgangston entwickelt, über welchen Carmen bei Lügengeschichten gut abgeholt werden und sie ihre Aussagen revidieren konnte, ohne beschämt zu sein. Der Klassenlehrer, die Eltern, die Kinderärztin und ich als Therapeutin standen in engem Austausch, weshalb erneute Schulabsenzen jeweils früh aufgefangen wurden.

Die Jugendliche kam zuverlässig zu den Therapiegesprächen. Nachdem sie wiederholt schwerwiegende Vorfälle erst zum Ende der Stunde erwähnt hatte, wurde die Regel formuliert, die wichtigen Themen jeweils zu Beginn der Stunde anzusprechen.

Im Frühjahr 2009 entwickelte sich bei Carmen schleichend eine mittelgradige depressive Episode mit Suizidgedanken und Selbstverletzungen. Vorrangiges Behandlungsziel war immer die Verminderung von Eigen- und/oder Fremdgefährdung.

Im Sommer 2009 wurde sie nach einer handgreiflichen Auseinandersetzung mit der Mutter vom Notfallpsychiater in eine Einrichtung für Erwachsenenpsychiatrie eingewiesen, nachdem kein Jugendlichenbett frei war. Nach dem einwöchigen Aufenthalt zur Krisenintervention ist Carmen zum Vater gezogen. Dies bedeutete einen positiven Wendepunkt, indem sie zur Mutter und Schwester wieder eine bessere Beziehung aufbauen konnte.

Was war hilfreich?

Carmen beschreibt die stationäre Zeit rückblickend als eine gute Zeit. Sie habe zum ersten Mal in ihrem Leben gespürt, dass beide Eltern für sie dasselbe wollen. Sie nahm wahr, dass es einen Unterschied zwischen der Eltern- und der Paarebene gibt.

Als grosse Ressource gelten Carmens schulische Verbesserung und der Start in die Lehre im Sommer 2010. Der Umzug zum Vater brachte eine Beruhigung der Mutter-Tochter-Konflikte und eine Wiederannäherung zur Mutter mit sich. Die transparente interdisziplinäre Zusammenarbeit und die therapeutische Konstanz stellten eine hohe Ressource dar.

Ausblick

Die Therapie mit Carmen findet nun aufgrund der aktuell stabilen Entwicklung in grösseren Abständen statt. Im Sommer 2010 hat Carmen eine Ausbildung zur «Fachangestellten Gesundheit» im Bereich Psychiatrie begonnen. Für die Therapiegespräche bedeutet dies einen schwierigen Spagat zwischen einem respektvollen Umgang mit Carmens Entscheidung und transparentem Benennen vom geforderten Mass an Abgrenzungsvermögen in Bezug auf ihre eigene Erkrankung.

In der Therapie geht es auch darum, die Weichen für die Zukunft zu stellen. Der Verlauf von Störungen des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit ist ungünstiger als der für andere, vor allem emotionale Störungen. Es kommt hinzu, dass im Erwachsenenalter das Risiko anderer psychiatrischer Störungsbilder erhöht ist, wenn im Jugendalter eine hyperkinetische und/oder eine Störung des Sozialverhaltens vorgelegen hatte. Frühzeitige wirksame Interventionen wirken sich positiv auf die Prognose aus. Aufgrund der Tendenz einer Störung des Sozialverhaltens, zunehmend schwerer zu werden und mehr Lebensbereiche zu erfassen, ist es bereits als Erfolg zu verzeichnen, wenn der Schweregrad der Störung und die Anzahl der betroffenen Lebensabschnitte nicht zunehmen [8].

Auf längere Sicht gilt: Gut ist, wenn es nicht schlechter wird [8].

Danksagung: Mein Dank gilt der Patientin und deren Eltern für die Erlaubnis zur anonymisierten Fallvorstellung sowie Herrn Prof. Dr. med. J. Modestin für die Durchsicht des Manuskripts.

Literatur

- 1 Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F, Hrsg. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5. Aufl. Bern: Hans Huber; 2006.
- 2 Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther.* 2007;45(8):1705–15.
- 3 Baroni A, Lunsford JR, Luckenbaugh DA, Towbin KE, Leibenluft E. Practitioner Review: The assessment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(3):203–15.
- 4 Livesley WJ. A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *J Pers Disord.* 2007;21(2):199–224.
- 5 Pukrop R. Auf dem Weg zum DSM-V: Neue Ansätze zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2008;57(8-9):610–24.
- 6 Schmeck K. Konzeptuelle Fragen und Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2008;57(8-9):625–40.
- 7 Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S, Warnke A, Wewetzer C, Hrsg. *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie.* 2. Aufl. Wien New York: Springer; 2009.
- 8 Baving L, Hrsg. *Störungen des Sozialverhaltens.* Heidelberg: Springer; 2006.
- 9 Böhme R, Fleischhaker C, Mayer-Bruns F, Schulz E. *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A). Therapiemanual.* Universität Freiburg: Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter; 2002.
- 10 Dt Ges f Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hrsg. *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.* 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2007.